様式第2号(第2条関係) **（あはき用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施術所届出事項変更届出書　　　　　　年　　　月　　　日　大阪府知事　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　施術所の開設者　住　所　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生　施術所の届出事項に変更を生じましたので下記のとおり届け出ます。記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １． | 施術所の名称 |  |
| ２． | 開設の場所及 び電話番号 | 〒 |  |
|  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　（　　　　　） |
| ３． | 業務の種類（当てはまるものに○） | あん摩マツサージ指圧　　・　　はり　　・　　きゆう |
| ４． | 変更事項 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | （１）変更前 |
| （２）変更後 |
| ５．変更理由 |  |
| ６．変更年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

添付書類：1　施術所の構造設備を変更したときは、施術所の平面図及び周囲の見取図　　　　　2　業務に従事する施術者について変更があったときは、新たに業務に従事することとなった施術者の免許証の写し |

※2の場合、業務に従事する施術者の本人確認書類（運転免許証等）の写しも提出して

※保健所受付印

ください。

※「添付書類２」及び「※２の場合、業務に従事する施術者の本人確認書類（運転免許証

等）の写し」は、窓口にて原本の提示をお願いします。

※目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合に(✓)をつけてください。おおむね、

視覚支援学校、視力障害センター等の卒業者であれば(✓)をつけてください。

※健康被害を防ぐため、府条例に基づき、記載内容の一部を公開する場合があります。